

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Рябова Т. М.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Бронхит – это воспаление стенки бронхов. Бронхиты являются преобладающей формой поражения нижних дыхательных путей у детей, особенно раннего возраста. Чаще у детей бронхиты бывают проявлением острой респираторной инфекции (ОРИ), а поэтому сопровождаются ринитами, конъюнктивитами и др. Реже они бывают самостоятельным заболеванием [1,3]. Частота бронхитов среди детей грудного возраста составляет по данным различных авторов от 70 до 220 случаев на 1000 детей. Обструктивные формы бронхита наблюдаются с частотой 42,7 случая на 1000 детей в возрасте 0-12 месяцев. Эти данные указывают на важность проблемы бронхитов у детей раннего возраста, особенно, если учесть их последствия в будущем, к которым относятся развитие рецидивирующих форм бронхитов и бронхиальной астмы.

Этиология бронхитов в основном вирусная, хотя и не исключается роль бактериальных возбудителей, а также их ассоциаций [1,2,3]. В происхождении острых бронхитов основную роль играет вирусная (вирус гриппа, парагриппа, адено - и РС-вирусы, коронавирусы) и бактериальная инфекция. Следует иметь в виду возможность микоплазменной инфекции в генезе бронхитов. Определенное значение имеют также и вирусно-бактериальные ассоциации.

Цель исследования - детально изучить клинические особенности острых бронхитов у детей первого года жизни, учитывая статистические данные о структуре заболеваемости детей в Витебской области.

Материалы и методы. На базе УЗ «Витебская детская областная клиническая больница» обследовано 113 больных острым бронхитом: 57 детей острым бронхитом (I группа), 56 детей острым бронхитом с бронхоспазмом (II группа).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакета анализа прикладных программ Microsoft Excel. Для сравнения показателей использовался двухвыборочный t-тест с различными дисперсиями при уровне значимости 0,05 и гипотетической разности средних, равной 0, $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Среди заболевших было 66 мальчиков и 47 девочек. Средний возраст составил $2,7 \pm 0,2$ месяцев в I группе, $3,54 \pm 0,2$ месяцев во II группе. Данные анамнеза показали, что внутриутробное развитие детей в 63,15% случаев в I группе и в 62,5% случаев во II группе зачастую протекало в условиях патологического течения беременности и родов у матерей, 14% пациентов I группы и 7% II группы родились недоношенными. Патологию перинатального периода (асфиксия новорожденного, церебральная ишемия, нарушение конъюгации билирубина) имели в анамнезе 19 детей (33,3%) I группы и 15 детей (26,8%) II группы. В качестве отягощающих факторов, преморбидного фона были выявлены: гипотрофия (8,8% и 7,1%, соответственно), паратрофия (19,3% и 35,7%), рахит (8,7% и 33,9%), аномалии конституции (14% и 19,6%). Острые бронхолегочные заболевания в анамнезе имели 10 детей (17,5%) I группы и 16 детей (28,6%) II группы. В 3,6% случаев у пациентов II группы имел место отягощенный семейный анамнез по бронхолегочной патологии, в 10,7% - отягощенный семейный аллергологический анамнез.

Следует отметить наличие экзогенных факторов риска развития заболевания (7% детей I группы и 16% детей II группы были из социально-неблагополучных семей; в 12,3% и 21,4% случаев, соответственно, квартирно-бытовые условия оценивались как плохие. 7 детей (12,3%) I группы и 13 детей (23,2%) II группы являлись пассивными курильщиками).

У наблюдавшихся детей заболевание начиналось остро. Первыми симптомами болезни, как правило, были изменение самочувствия, вялость или, наоборот, беспокойство, возбуждение, снижение аппетита, нарушение сна. Симптомы интоксикации были

выражены у 39 детей (68,42%) из I группы и у 42 (75%) из II группы. Повышение температуры тела до субфебрильных цифр встречалось у 21 ребенка (36,84%) в I группе и у 19 детей (33,93%) во II группе, до фебрильных цифр у 12 детей (21,05%) I группы и у 11(19,64%) детей II группы. Нормализация температуры тела происходила в течение 1-3 суток с момента начала лечения.

Обязательным симптомом острого бронхита являлся кашель, который носил малопродуктивный характер, порой вызывая рвоту съеденной пищей, нарушая сон малышей. К пятому - восьмому дню кашель становился мягким, влажным, начинала отделяться скудная слизистая мокрота, которую дети обычно заглатывали. Степени дыхательной недостаточности варьировали. Так, в I группе клиника дыхательной недостаточности I степени (одышка при нагрузке, кормлении, плаче, беспокойстве) была констатирована в 83% случаев (47 детей). ДН II степени (одышка в покое, постоянная с участием вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, втяжение уступчивых мест грудной клетки) выявлялась в 5% случаев (3 ребенка). Острый бронхит не сопровождался дыхательной недостаточностью у 7 детей (12%) I группы.

Во II группе заболевание осложнялось ДН I степени у 35 детей (63%), а ДН II степени у 21 ребенка (37,5%) . Эпизоды апноэ встречались в обеих группах по одному случаю (1,8%).

Аускультативно на фоне жесткого дыхания, на всем протяжении легких или только над некоторыми областями (чаще в задненижних отделах) прослушивались хрипы различного характера: сухие, свистящие и разнокалиберные влажные. Количество и локализация хрипов часто изменялись в течение суток, особенно после кашля. Перкуторно выявлялся ясный легочный звук, часто с коробочным оттенком. Острый бронхит с бронхоспазмом диагностировали, когда у ребенка имелся резко удлиненный и свистящий выдох, слышимый дистанционно, рассеянные сухие хрипы на выдохе, участие в акте дыхания вспомогательных мышц, эмфизема. Аускультативные данные над всей поверхностью легких, как правило, были одинаковы, редко выявлялась асимметрия и очаговость экспираторного затруднения.

Рентгенологически при остром бронхите выявлялось симметричное усиление легочного рисунка мягкотеневого характера в прикорневых и нижнемедиальных зонах, признаки эмфиземы при бронхообструктивном синдроме. Увеличение вилочковой железы по данным рентгенограмм встречалось у 4 детей в I группе (7%) и у 5 детей во II группе (9%).

У малышей часто наблюдались изменения и других функциональных систем. Синдром гипервозбудимости сопутствовал острому бронхиту в 12% случаев (7 детей) в I группе и в 11% случаев (6 детей) во II группе. Синусовая тахикардия, нарушения в фазе реполяризации желудочков и другие изменения, носящие нестойкий характер, выявлялись при электрокардиографическом исследовании у 6 детей (10,53%) I группы и у 13 детей (23,21%) II группы. Учащение стула до 10-12 раз за сутки, изменение его характера (разжижение, появление неперевариваемых комочков, примесей слизи) наблюдалось у 4 детей (7%) I группы и у 5 детей (8,93%) II группы.

Гематологические показатели у детей I и II групп (см. таблицу) достоверно не отличались друг от друга, а по сравнению с группой здоровых детей достоверно чаще встречались анемия, повышение скорости оседания эритроцитов.

Особенности гемограмм у детей с бронхитами

Гематологические показатели	I группа (n=57)	II группа (n=56)	Здоровые (n=50)
Эритроциты, $\cdot 10^{12}/л$	$3,71 \pm 0,06^*$	$3,71 \pm 0,05^*$	$4,17 \pm 0,1$
Гемоглобин, г/л	$115,13 \pm 2,17^*$	$115,88 \pm 1,47^*$	$136,34 \pm 3,98$
Цветной показатель	$0,93 \pm 0,01^*$	$0,93 \pm 0,01^*$	$0,96 \pm 0,01$
Лейкоциты, $\cdot 10^9/л$	$8,27 \pm 0,39$	$9,21 \pm 0,46$	$10,7 \pm 1,83$
Эозинофилы, %	$2,88 \pm 0,33$	$1,79 \pm 0,3^*$	$3,68 \pm 0,32$
Нейтрофилы, %			
Палочкоядерные	$1,07 \pm 0,21^*$	$1,07 \pm 0,18^*$	$0,2 \pm 0,07$
Сегментоядерные	$26,64 \pm 1,3$	$29,34 \pm 1,37$	$25,82 \pm 1,58$
Лимфоциты, %	$61,41 \pm 1,64$	$59,66 \pm 1,49$	$63 \pm 1,76$
Моноциты, %	$8,07 \pm 0,52$	$7,96 \pm 0,66$	$7,16 \pm 0,49$
СОЭ	$13,55 \pm 1,35^*$	$13,3 \pm 1,22^*$	$4,62 \pm 0,51$

Примечание: * - достоверно по отношению к контрольной группе ($p < 0,05$)

Выводы: Знание клинко-лабораторных особенностей острых бронхитов у детей грудного возраста поможет практическому врачу в своевременной постановке диагноза, проведении дифференциальной диагностики с другими заболеваниями респираторного тракта, выработке тактики наблюдения и алгоритмов лечения.

Литература:

1. Инфекции респираторного тракта у детей раннего возраста / под ред. Г. А. Самсыгиной. – М.: Миклош, 2006. – С. 111-136.
2. Таточенко, В. К. Педиатру на каждый день: справочник по лекарственному лечению / В. К. Таточенко. – М., 2005. – С. 126-131.
3. Шабалов, Н. П. Детские болезни / Н. П. Шабалов. – Санкт-Петербург: Сотис, 1997. – С. 101-108.